

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N^o 555

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Raymond THÉBAUT

Sur une forme symétrique

DE

MYOSITE SYPHILITIQUE

DES

sterno-cléido-mastoïdiens

AVEC PÉRIOSTITE DU MANUBRIUM

Président : M. M. JEANSELME, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1921

555

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Raymond THÉBAUT

Sur une forme symétrique

DE

MYOSITE SYPHILITIQUE

DES

sterno-cléido-mastoïdiens

AVEC PÉRIOSTITE DU MANUBRIUM



Président : M. M. JEANSELME, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	GOSSET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LELORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

R. Thébaut

A MA MÈRE

A M. le Professeur JEANSELME

*Qui a bien voulu nous faire
le grand honneur de présider
notre thèse.*

A M. le Docteur LÆDERICH

Médecin des Hôpitaux

Qui en plus d'un précieux enseignement dont l'empreinte restera indéfectible dans notre mémoire (Bichat, 1920-1921) sut adoucir par des soins attentionnés et dévoués les douloureuses dernières heures de mon père mourant.

A M. le Docteur O. POTHERAT

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Notre premier maître, qui sut nous faire apprécier la valeur d'un parfait enseignement hospitalier.

Broussais 1911

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. le Professeur LEGUEU

M. le Professeur agrégé CHEVASSU

M. le Docteur BÉCLÈRE

M. le Docteur BRUHL

M. le Docteur BENSAUDE

M. le Docteur LESAGE

M. le Docteur MOUCHET

Médecins des Hôpitaux

A MES AUTRES MAÎTRES

M. le Docteur MARSAN

Ancien chef de clinique

M. le Docteur CAIN

Ancien interne

A MES AMIS

Et en particulier à mes vieux camarades d'études dont
l'amitié me sera toujours si précieuse

Docteur ANDRÉ GUIOLLOT

Docteur ARMAND PIERSON

Sur une forme symétrique
DE
MYOSITE SYPHILITIQUE
DES
sterno-cléido-mastoïdiens
AVEC PERIOSTITE DU MANUBRIUM

INTRODUCTION

Les manifestations musculaires de la syphilis ne sont pas fréquentes. On a signalé au cours de la syphilis secondaire des myalgies, des contractures et des myosites localisées extrêmement rares.

C'est presque exclusivement à la période tertiaire de la maladie que l'on voit des localisations musculaires. Tous les auteurs qui se sont occupés de la syphilis en ont observé ; nous ne ferons que citer : Ricard en 1842, Nélaton, Vidal de Cassis en 1856, Bouisson en 1858 et depuis Virchow et Volkmann, Strauss, Mauriac, Cornil, Lancereaux, Fournier, Jullien, Neumann, Lewin, Gillet, Durante, Gaucher, etc.

Les myosites syphilitiques tertiaires se présentent

sous la forme de gommès, de myosites interstitielles diffuses ou de myosites scléro-gommeuses.

Les gommès, lorsqu'elles se développent dans le muscle, présentent les mêmes caractères et la même évolution que lorsqu'elles se développent dans tout autre tissu. Elles passent par les stades habituels de crudité, de ramollissement, d'ulcération et de réparation.

La myosite interstitielle diffuse est caractérisée par une tuméfaction diffuse, dure et indolente du muscle atteint et peut aboutir, si elle n'est pas traitée à la transformation fibreuse et à l'atrophie définitive du muscle lésé.

La myosite scléro-gommeuse est caractérisée par l'association des deux formes précédentes. On sent dans le muscle induré d'une façon diffuse des nodosités gommeuses disséminées.

Tous les muscles peuvent être atteints par la syphilis. Toutefois le sterno-cléido-mastoïdien et le biceps brachial sont beaucoup plus souvent touchés que les autres, réserves faites pour le myocarde dont la fréquence des lésions certainement grande n'est pas encore précisée.

Lorenz sur 69 cas de syphilis musculaire a trouvé vingt-six fois le sterno-cléido-mastoïdien lésé. Gillet sur 23 cas de myosite gommeuse a trouvé ce même muscle lésé huit fois.

Le plus fréquemment, les lésions musculaires sont unilatérales ; cependant, au niveau des sterno-cléido-mastoïdiens la bilatéralité n'est pas exceptionnelle.

Ayant eu l'occasion de suivre à la consultation de l'hôpital Bichat une malade atteinte de myosite syphilitique symétrique des sterno-cléido-mastoïdiens, nous avons eu l'idée d'étudier les observations semblables à celle-ci et déjà publiées.

Nous consacrerons donc ce travail à l'étude de cette forme clinique, très spéciale des myosites syphilitiques du sterno-cléido-mastoïdien, caractérisée d'une part par sa bilatéralité et sa symétrie, d'autre part, par la coexistence d'une périostite diffuse du manubrium sternal.

ETUDE CLINIQUE

La myosite symétrique syphilitique de sterno-cléido-mastoïdiens avec périostite du manubrium sternal est exceptionnelle. Nous n'avons pu en retrouver que 6 cas dans la littérature médicale.

Etiologie

Les femmes paraissent plus fréquemment atteintes que les hommes (4 observations chez des femmes pour 2 chez des hommes). Il s'agit de malades ayant pour la plupart atteint l'âge mûr.

Toutes les observations concernent des cas de syphilis acquise. Durante, cependant, a rapporté un cas de syphilis congénitale, ayant frappé les deux sterno-cléido-mastoïdiens, d'une façon symétrique, sans toucher le sternum.

La myosite survient le plus souvent comme un accident tardif, de deux à seize années après l'accident primaire. Dans deux observations V et VI, la syphilis était latente, ignorée et la myosite fut le premier accident révélateur.

Description clinique

Le début est toujours insidieux. La plupart des observations n'indiquent pas celle des localisations de la syphilis (la myosite ou la périostite) qui apparaîtrait tout d'abord.

Dans l'observation VI (M. Læderich et Tassin), la tumeur débuta au niveau du sternum et se développant peu à peu, s'étala vers le cou et gagna les muscles sterno-cléido-mastoïdiens.

Pendant une période de deux mois environ, la tumeur apparue soit au niveau du cou, soit au niveau du sternum, se développe peu à peu d'une manière indolore et insidieuse, si bien que le malade ne vient consulter qu'au bout de plusieurs mois.

Les observations sont si étroitement semblables et superposables que la meilleure manière de décrire la lésion à *sa période d'état* est de reproduire l'une d'entre elles, celle de MM. Læderich et Tassin, que nous avons pu suivre nous-mêmes à l'hôpital Bichat.

« La malade présente au-devant du cou une forte saillie en forme de V dont les branches manifestement constituées par une tuméfaction des muscles sterno-cléido-mastoïdiens, et dont la pointe s'étale et se continue au devant du manubrium. Toute cette région du manubrium est le siège d'une tuméfaction diffuse, modérément saillante, qui, en bas, descend jusqu'au niveau des troisièmes cartilages costaux,

latéralement déborde légèrement le sternum, et en haut remonte sur les articulations sterno-claviculaires et se continue par deux masses divergentes suivant le trajet des deux sterno-cléido-mastoïdiens sur une hauteur de 5 à 6 centimètres environ, un peu plus haut à gauche qu'à droite.

La peau, qui recouvre ces tuméfactions, est partout d'aspect normal, sillonnée seulement par quelques veinosités. Il n'y a pas de rougeur, ni d'œdème.

A la palpation, la région du manubrium montre un empatement diffus, à limites imprécises, empêchant de sentir les bords du sternum et les articulations claviculaires et costales ; la surface est lisse, la consistance ferme, non fluctuante. La pression est parfaitement indolore.

Les prolongements cervicaux sont constitués de toute évidence par la partie inférieure des deux sterno-cléido-mastoïdiens tuméfiés et transformés chacun en une masse cylindrique, rigide, très dure, à surface grossièrement granuleuse, indolore à la pression ; cette masse se continue nettement en haut avec la portion supérieure des muscles, restée normale. Elle ne présente aucune adhérence ni avec les téguments ni avec les plans sous-jacents. L'espace sus-sternal médian est resté libre ; on y sent la trachée et le corps thyroïde nettement indépendants des masses indurées, lesquelles ne subissent aucune traction pendant la déglutition.

Il n'existe aucune adénopathie ni cervicale, ni

axillaire. Les lésions décrites ci-dessus ne sont visibles ni à la radioscopie, ni à la radiographie.

La partie supérieure des muscles sterno-cléïdo-mastoïdiens a conservé sa contractilité normale ; la partie inférieure l'a totalement perdue. La gêne fonctionnelle est cependant minime : c'est à peine si les mouvements d'extension et de flexion du cou sont un peu limités, les mouvements d'inclinaison latérale et de rotation sont tout à fait normaux.

En dehors des lésions que nous venons de décrire, l'examen complet du malade ne révèle rien : aucun symptôme du côté des appareils respiratoire et circulatoire, digestif et nerveux.

L'état général est bon malgré un amaigrissement notable ; l'apyrexie est complète.

Nous ne trouvons aucune histoire, ni aucun stigmate de syphilis, sauf une grossesse gémellaire terminée à sept mois. Néanmoins soupçonnant fortement cette maladie d'être à l'origine des lésions actuelles, nous pratiquons une réaction de Bordet-Wassermann qui donne un résultat positif ».

Les autres observations, que nous avons recueillies dans la littérature médicale, paraissent calquées sur cette précédente sauf quelques nuances à signaler :

Il existait quelques douleurs sourdes, contusives, au niveau de la région intéressée. Dans l'observation de Gillet, la lésion sternale occupait la partie moyenne du sternum.

Dans trois observations (2, 3 et 4) il existait simultanément des gommes dans d'autres muscles.

Evolution

Quand l'affection est diagnostiquée et traitée à temps, on obtient rapidement une rétrocession des lésions ; la périostite sternale disparaît plus rapidement que la myosite. En quelques semaines, les muscles reprennent leur intégrité anatomique et fonctionnelle ; parfois cependant, il persiste une légère sclérose avec atrophie.

Dans les cas traités trop tardivement, les gommesc musculaires peuvent évoluer vers le ramollissement et l'ulcération. Ainsi dans l'observation V (Portmann). « Sur la partie gauche de la tuméfaction en forme de V, au niveau de l'extrémité interne de la clavicule et à un centimètre au-dessus, on voit une ulcération des dimensions d'une pièce de 2 francs, à bords surélevés, taillés à pic assez profondément dans l'épaisseur des tissus ; il s'en écoule un liquide sanieux et des débris putrilagineux, fétides. Le fond est recouvert d'une membrane grisâtre. La peau est de coloration rosée au pourtour de l'ulcération à laquelle elle est adhérente ».

Diagnostic

Le diagnostic de cette forme clinique est extrêmement facile pour qui connaît l'existence de ce syndrome.

Il est trèsaisé de différencier la myosite des sterno-cléïdo-mastoïdiens de toutes les tumeurs du cou siégeant en dehors de ce muscle :

Ainsi le *goître* n'a avec elle qu'une ressemblance grossière. Il présente des cornes latérales, adhérent intimement à la trachée, et se trouve encastré par les sterno-cléïdo-mastoïdiens.

Il en est de même des *kystes* et des *tumeurs branchiales*.

La difficulté augmente lorsqu'il faut faire le diagnostic des lésions du muscle lui-même :

1° *Hématomes musculaires*. — Il y a des commémoratifs étiologiques. Ils sont rarement symétriques et donnent lieu le plus souvent à des ecchymoses.

2° *Actynomycose*. — Elle n'est jamais uniquement limitée aux muscles seuls.

3° *Kyste hydatique*. — La tumeur est rénitente, fluctuante et la ponction exploratrice montre un liquide clair comme de l'eau de roche.

4° Le seul diagnostic important à discuter serait le cas possible de *tuberculose ossense avec abcès froid fusant dans la gomme des sterno-cléïdo-mastoïdiens*. On a alors des points douloureux osseux et la palpation montre des zones inégalement résistantes, les unes fluctuantes, ramollies, les autres plus fermes. La radiographie est d'un grand secours. La cuti-réaction à la tuberculine est habituellement positive.

A la période d'ulcération de la myosite, le diagnostic est facile à établir en raison même des caractères nets de l'ulcération syphilitique.

Dans tous les cas douteux, il faudra faire faire la réaction de Wassermann.

Traitement

Il est d'autant plus intéressant de faire le diagnostic précoce que le traitement antisyphilitique donne un résultat rapide et complet, s'il est commencé d'une façon précoce.

Il convient de faire un traitement intensif consistant en injections intra-veineuses d'arsenic et de mercure ; et il faut le continuer assez longtemps pour obtenir une régression aussi complète que possible des lésions.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Bouisson) (2)

Homme de 55 ans, déjà venu à l'hôpital pour syphilides du cuir chevelu, ulcération du voile du palais, douleurs ostéocopes, survenant plusieurs années après blennorrhagie et chancre du gland ; revenu ensuite pour lésions destructives du voile du palais.

Amélioration réelle mais temporaire avec le traitement (liqueur de Van Swieten, bains de sublimé).

Le malade revient consulter pour une tumeur se développant depuis plusieurs mois ; la partie la plus volumineuse de cette tumeur correspondait à la poignée du sternum, au niveau de l'insertion des muscles sterno-cléido-mastoïdiens. Elle avait en ce point le volume d'une orange et paraissait un peu bilobée, chaque lobe correspondant lui-même à l'extrémité des muscles désignés. L'extrémité supérieure de chaque lobe se prolongeait dans la direction du sterno-mastoïdien, à peu près jusqu'à la hauteur de l'os hyoïde.

Le muscle était triplé de volume de chaque côté. L'ensemble de la tumeur représentant une sorte de corde elliptique renflée au point de jonction qui correspondait au sternum. Cette tumeur était d'une dureté remarquable : Pas de traces de fluctuation, ni de disposition lobulée de densité inégale.

La peau était normale. La portion libre supérieure des sterno-mastoïdiens était seule contractile, mais une raideur complète empêchait la contraction de la moitié inférieure de ces muscles, et cette disposition gênait les mouvements de flexion du cou. Peu de sensibilité à la pression. Douleur spontanée sourde et contusive.

Un mois après le début du traitement (frictions, K I) la portion sternale de la tumeur était disparue ; les sterno-cléido-mastoïdiens avaient repris leur volume primitif, mais leur tiers inférieur restait très dur.

Au bout de deux mois de traitement pas de récédive.

OBSERVATION II (Gillet. Observation 66 de Thèse) (6)

Femme de 35 ans. Pas de début connu de syphilis. En 1893 ulcération et perforation de la voûte palatine, ulcérations laryngées. En mars 1894 la malade présente une série de gommes localisées surtout aux muscles :

1° Au niveau de l'articulation sterno-claviculaire des deux côtés et dans toute la moitié supérieure des sterno-cleido-mastoïdien (un peu plus nombreuses à gauche qu'à droite) ;

2° Dans le tiers inférieur des scalènes ;

3° A la partie moyenne du sternum touchant aux articulations sterno-chondro-costales (grosceur d'un œuf de pigeon).

4° Gommes symétriques des muscles de la nuque ;

5° Gommes symétriques le long du paquet vasculo-nerveux des bras, et différentes autres localisations musculaires cutanées.

Guérison en deux mois (injections d'Hg, et KI).

OBSERVATION III (Gaucher et Monier-Vinard) (5)

Homme de 37 ans. Syphilis à 21 ans, traitée pendant deux ans et demi. Se présente avec des gommes des sterno-cleido-mastoïdiens. A gauche : le tiers inférieur du muscle présente deux nodules durs d'un volume d'une petite noix reliés l'un à l'autre par une infiltration du muscle. A droite : noyau dans le chef sternal (œuf de pigeon).

Petite gomme au niveau du manubrium sternal.

Gomme volumineuse dans la paroi postérieure du pharynx.

OBSERVATION IV (Léopold) (7)

Femme de 22 ans, vient à l'hôpital le 3 mars 1908. Elle présente au niveau du manubrium sternal un processus inflammatoire occupant deux travers de main sur le côté droit de la poitrine. Ce processus inflammatoire paraît cicatrisé au centre ; il présente sur ses bords des petits nodules dans le tissu cellulaire sous-cutané. Dans la région des courbures des côtes droites il existe une tumeur grosse comme une pomme, dépendant du périoste. Dans chaque muscle sterno-cleido-mastoïdien et dans les muscles droits de l'abdomen existent des petites gommes dures.

La lente évolution ainsi que la disparition rapide sont en faveur de la syphilis car le traitement donna une guérison complète.

près disparue ; la tumeur gauche n'existe plus, la droite est très fortement diminuée.

On envoie alors la malade au dispensaire anti-syphilitique pour être soumise à un traitement de longue durée par néosalvarsan et mercure.

OBSERVATION VI (Læderich et Tassin) (10)

Mme L... B..., est une femme de 40 ans, mécanicienne, qui s'est présentée à la consultation de l'hôpital Bichat le 15 mars 1921 pour une grosseur du cou et de la région sternale.

Elle nous raconte qu'elle s'est aperçue au début de janvier de l'apparition d'une petite tumeur arrondie, complètement indolore, située sur la ligne médiane vers la partie moyenne du sternum. Cette grosseur s'est développée peu à peu, atteignant le volume d'une noix, puis s'est étalée en remontant vers la partie supérieure du sternum et sur le cou, mais sans provoquer de gêne des mouvements ni aucune douleur. C'est pourquoi, malgré l'apparition intercurrente, à la mi-février, des violentes céphalées à exaspérations nocturnes, la malade ne s'est décidée à venir consulter qu'au bout de deux mois et demi, le 15 mars.

A ce moment, elle présente au-devant du cou une forte saillie, en forme de V, dont les branches sont manifestement constituées par une tuméfaction des muscles sterno-cléido-mastoïdien, et dont la pointe s'étale et se continue au-devant du manubrium. Toute cette région du manubrium est le siège d'une tuméfaction diffuse, modérément saillante, qui, en bas, descend jusqu'au niveau des troisièmes cartilages

costaux, latéralement déborde légèrement le sternum, et en haut remonte sur les articulations sterno-claviculaires et se continue par 2 masses divergentes suivant le trajet des deux muscles sterno-cléido-mastoïdiens, sur une hauteur de 5 à 6 centimètres environ, un peu plus haut à gauche qu'à droite. La peau qui recouvre cette tuméfaction est partout d'aspect normal, sillonnée seulement par quelques veinosités; pas de rougeur, pas d'œdème.

A la palpation, la région du manubrium montre un empâtement diffus, à limites imprécises, empêchant de sentir les bords du sternum et les articulations claviculaires et costales; la surface est lisse, la consistance ferme, non fluctuante; la pression est parfaitement indolore.

Les prolongements cervicaux sont constitués de toute évidence par la partie inférieure des deux muscles précités, tuméfiés, transformés chacun en une masse cylindrique, rigide, très dure, à surface grossièrement granuleuse, indolore à la pression; cette masse se continue nettement en haut avec la partie supérieure des muscles, restée normale; elle ne présente aucune adhérence, ni avec les téguments, ni avec les plans sous-jacents. L'espace sus-sternal médian est resté libre, on y sent la trachée et le corps thyroïde, nettement indépendants des masses indurées, lesquelles ne subissent aucune traction pendant la déglutition.

Il n'existe aucune adénopathie ni cervicale, ni axillaire.

Les lésions décrites ci-dessus ne sont visibles ni à la radioscopie, ni à la radiographie.

La partie supérieure des muscles sterno-cléido-mastoïdiens a conservé sa contractilité normale, la partie inférieure l'a totalement perdue; la gêne fonctionnelle est cependant

minime: c'est à peine si les mouvements d'extension et de flexion du cou sont un peu limités; les mouvements d'inclinaison latérale et de rotation sont tout à fait normaux.

En dehors des lésions que nous venons de décrire, l'examen complet de la malade ne révèle rien: aucun symptôme du côté des appareils respiratoires, circulatoires, digestifs et nerveux. L'état général est bon malgré un notable amaigrissement. L'apyrexie est complète.

L'interrogatoire de la malade nous apprend qu'elle ne s'est jamais connu d'autre maladie.

Mariée à 17 ans, de ce premier mariage cinq grossesses normales; son mari ayant été tué à la guerre elle s'est remariée en 1916 et a eu aussitôt un sixième enfant né à terme, bien portant; puis en avril 1920 elle a une grossesse gémellaire qui se termine à sept mois par la naissance d'enfants ne vivant que huit à dix jours. En dehors de ce dernier fait, nous ne trouvons aucune histoire ni aucun stigmate de syphilis.

Néanmoins, soupçonnant fortement cette maladie d'être à l'origine des lésions actuelles, nous pratiquons une réaction de Bordet-Wassermann, qui donne un résultat positif.

En même temps une cuti-réaction se montre négative.

La malade est soumise aussitôt à un traitement mixte, par injections intraveineuses de cyanure de mercure et de novarsénobenzol. Dès la troisième piqûre la céphalée disparaît, le sommeil redevient normal: rapidement la tuméfaction pré-sternale se résorbe et celle des sterno-cleido-mastoïdiens diminue: les muscles s'assouplissent et reprennent bientôt leur contractilité.

Actuellement, après trois mois de traitement, il ne persiste

plus qu'une induration limitée à l'extrémité inférieure du chef sternal du sterno-cleido-mastoïdien gauche, sur une hauteur de 2 centimètres; partout ailleurs les deux muscles ont repris leur état normal.

CONCLUSIONS

1° Il existe une forme clinique spéciale de myosite syphilitique des sterno-cléido-mastoïdiens, caractérisée par la symétrie des lésions et la coexistence d'une périostite du manubrium sternal.

2° Ces lésions ont un début insidieux et indolent. A la période d'état, elles se présentent sous l'aspect d'une tuméfaction en forme de V dont les branches sont constituées par la moitié inférieure des deux muscles sterno-cléido-mastoïdiens et dont la pointe s'étale sur toute la surface du manubrium sternal.

3° Abandonnée à elle-même, la gomme musculaire peut se ramollir et s'ulcérer ; la myosite interstitielle diffuse, elle, évoluant vers la sclérose et l'atrophie du muscle.

Sous l'influence du traitement antisypilitique, on obtient généralement la régression complète des lésions.

4° Le diagnostic de cette forme clinique spéciale est facile. Il suffit d'éliminer les tumeurs du cou siègeant en dehors de gaine des sterno-cléido-mastoïdiens

ainsi que les mycoses, les kystes hydatiques et surtout la tuberculose de ces muscles.

La bilatéralité des lésions et la coexistence de la périostite sternale constitue la signature de la syphilis.

Le Président de la thèse,
JEANSELME

Vu
Le Doyen :
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL

BIBLIOGRAPHIE

1. *Bouisson.* — M. sur les tumeurs syphilitiques des muscles (*Gazette méd. Paris*, 1846).
2. — *Tribut à la Chirurgie*, 1858.
3. *Durante.* — Gommès congénitales et symétriques des st. cl. mast. (*Bull. de la Soc. anat. Paris*, 1898).
4. *Fournier.* — *Traité de la syphilis*.
5. *Gaucher et Monier-Vinard.* — Gommès syph. des st. cl. mast. (*Ann. de Dermatologie*, 1906).
6. *Gillet.* — Contribution à l'étude des myosites syph. diffuses et gommeuses. Thèse Nancy, 1899.
7. *Leopold.* — Un cas de gommès syph. muscul. multiples *Wiener Kl. Wochenschrift*, janvier 1909).
8. *Levin.* — Myosites syph. diffuses interst. (*Annales de la Charité. Berlin*, 1891).
10. *Lavenderich et Tassin.* — Forme symétrique de myosite syph. des st. cl. mast. avec périostite du manubrium *Bull. de Soc. méd. Hôp. Paris. Seance* 10 juin 1921).
11. *Lörens.* — Die Muskelerkrankungen (*Nothnagel's Pathol.*, 1886).
12. *Mauriac.* — Leçons sur les myopathies syph. (*Ann. de Dermatologie*, 1875-1876).
13. *Neumann.* — Beitrag zur Kenntniss der Myosites syph. (*Vierteljahr. für Derm. und syph.*, 1888).
14. *Portmann.* — Gomme syph. des st. cl. m. (*Presse méd. grecque*, février 1921).
15. *Scechi.* — Contr. à l'étude de la syph. musculaire tardive (*Ann. mal. vénériennes*, 1908).
16. *Sergent.* — *Traité de path. générale* (tome syphilis).

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris — 5176-21
